

УДК – 14.00.14

## ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ И МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ ПЕРВИЧНОГО РАКА МАТОЧНЫХ ТРУБ

**Г.А. Сумцов, доц., канд. мед. наук**  
Сумский государственный университет

### ВВЕДЕНИЕ

Работ обобщающего характера по вопросам распространения и метастазирования первичного рака маточных труб (РМТ) в доступной литературе мы не встретили, так как опухоль является сравнительно редкой и остается малоизученной [1,2,3,4]. По нашим данным, РМТ среди впервые выявленного рака женских половых органов составляет  $1,4 \pm 0,2 \%$ , а среди рака придатков матки -  $6,9 \pm 0,9 \%$ .

### ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Задачей исследования было изучение закономерностей распространения и метастазирования РМТ, его частоты в зависимости от состояния и места расположения первичного очага с целью использования полученных данных при планировании лечения таких больных.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Нами комплексно обследовано 83 больных. Наряду с клиническим обследованием у 17 больных применен метод прямой нижней лимфографии. Во время чревосечения всем больным проводилась подробная ревизия органов брюшной полости и забрюшинных лимфатических узлов, у 15 из них сделана экстирпация матки по расширенному типу с удалением подвздошных групп лимфатических узлов, у 45, кроме основной операции, произведена резекция большого сальника.

Последующее клиническое наблюдение за 56 больными РМТ от 3 месяцев до 6 лет после операции и данные 7 аутопсий, умерших от прогрессирования опухолевого процесса или других заболеваний, послужили дополнительным источником информации об особенностях метастазирования РМТ.

Проведенным обследованием у 50 из 83 больных ( $60 \pm 5\%$ ) выявлено распространение опухоли за пределы маточной трубы (см. таблицу 1).

*Таблица 1 - Частота и локализация поражения при распространении рака за пределы маточной трубы*

Место обнаружения поражения	Число больных РМТ	
	Абсолютное	в % $\pm m$
Проращение РМТ: в яичники в тело матки в сальник в париетальную и висцеральную брюшину таза	15	$18 \pm 4$
	6	$7 \pm 3$
	4	$5 \pm 2$
	6	$7 \pm 3$
Метастазы РМТ: в яичники в сальник в париетальную или висцеральную брюшину таза	20	$24 \pm 5$
	11	$13 \pm 4$
	9	$11 \pm 4$
Метастазы РМТ в лимфатические узлы	17	$45 \pm 8$
Метастазы РМТ в отдаленные органы: печень легкие	3	$4 \pm 2$
	3	$4 \pm 2$
Всего больных РМТ с распространением опухоли за пределы трубы	50	$60 \pm 5$

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

**Распространение РМТ по протяжению** отмечено у 20 из 83 обследованных больных ( $24 \pm 5\%$ ). Пациентки с таким видом распространения часто имели значительные по величине опухоли, прорастающие во все слои пораженной трубы. РМТ сопровождалось большое количество перитубарных сращений, в результате чего ограничивалась подвижность тазовых органов, и они могли составлять единый конгломерат. При технической возможности проводилось удаление пораженного участка с последующим макроскопическим и гистологическим изучением. Поражение яичника по протяжению считалось в тех наблюдениях, где макроскопически и при гистологическом исследовании пораженная часть яичника находилась в контакте с опухолью маточной трубы. Интерпретация перехода опухоли трубы на тело матки значительных трудностей не вызывала, так как ни в одном из наших наблюдений не было поражения эндометрия.

Наиболее часто отмечено прорастание опухоли в яичник – 15 ( $18 \pm 4\%$ ) больных, тело матки – 6 ( $7 \pm 3\%$ ), париетальную брюшину таза – 6 ( $7 \pm 3\%$ ), сальник – 4 ( $5 \pm 2\%$ ). В единичных наблюдениях было поражение петель кишечника, противоположной маточной трубы, брюшины мочевого пузыря. После анализа случаев перехода РМТ по протяжению создается впечатление, что этому, особенно при небольших размерах опухоли, предшествовал адгезивный процесс, создавший условия для непосредственного контакта этих органов.

**Метастазы РМТ по брюшине, в яичниках, сальнике и других органах** обнаружены у 30 ( $36 \pm 5\%$ ) больных, причем у 9 из них метастазы выявлены в процессе наблюдения после операции. Например: *У больной И. 45 лет в связи с незначительным очагом поражения лишь на слизистой маточной трубы из-за сомнения в злокачественности процесса (подозревался туберкулез) сальник не был резецирован.*

Через 11 месяцев после операции в области сальника обнаружены конгломерат узлов, спаянный с передней брюшной стенкой, и инфильтрат в параметрии на стороне пораженной трубы. Их специфический характер подтвержден цитологически.

Для РМТ, в отличие от рака яичников, менее характерны множественный карциноматоз брюшины и сальника, имплантанты в дугласовом кармане. Это, по-видимому, объясняется «закрытым» характером опухоли, так как среди наших наблюдений не зарегистрировано ни единого случая развития РМТ при открытом ампулярном отверстии.

Имплационные метастазы при РМТ нами обнаружены у больных с прорастанием опухоли за пределы брюшинного покрова трубы, при наличии контактного распространения на соседние органы, асцита. Они встречались чаще в виде небольших узелков в сальнике (11 наблюдений) или единичных, различной величины очагов по париетальной и висцеральной брюшине таза (9).

Наряду с описанными выше метастазами довольно часто у больных РМТ (20 или  $24 \pm 5\%$ ) встречалось метастатическое поражение яичников. Причем у 5 больных отмечено поражение противоположного от РМТ яичника, у 5 – метастазы были двусторонними, а у троих они сочетались с прорастанием опухоли в яичник на стороне пораженной трубы. В большинстве наблюдений метастазы в яичниках сочетались с распространением РМТ в другие органы.

Пораженные яичники не всегда изменяли величину и форму. Метастазы распознавались при макроскопическом изучении их на разрезе по характерным включениям опухолевой ткани. Окончательно вопрос решался лишь после гистологического исследования.

Метастазы в отдаленные органы среди 83 обследованных больных РМТ отмечены у 4 ( $5 \pm 2\%$ ). Среди них у троих было сочетание метастазов в легкие и печень, а у одной метастатическое поражение только печени. Выявлены они у больных с генерализацией опухолевого процесса и обширном поражении лимфатических узлов.

**Метастазирование в лимфатические узлы** изучено у 38 подробно обследованных больных РМТ. У 8 из этой группы больных проведена прямая нижняя лимфография, у 9 – лимфография с последующей лимфаденэктомией околоматочных, внутренних подвздошных, запирательных и наружных подвздошных лимфатических узлов. Кроме того, у двух из них удалялись общие подвздошные и нижние поясничные лимфатические узлы. У 6 больных РМТ сделаны расширенные операции без предварительной лимфографии, а у остальных 15 больных – биопсии подозрительных лимфатических узлов или аутопсии.

Следует отметить, что все удаляемые лимфатические узлы тщательно маркировались, раскладывались на макете. В зависимости от данных макроскопического изучения после расширенных операций подвергались гистологическому исследованию от 8 до 12 лимфоузлов, а после аутопсий – более 20. Из 38 обследованных больных РМТ у 17 ( $45 \pm 8\%$ ) выявлены метастазы в различные группы лимфатических узлов. Эти данные отражены в таблице 2. Анализируя представленные в таблице материалы, следует отметить, что поражение нижних подвздошных групп лимфатических узлов встретилось у 14 из 38 обследованных больных, общих подвздошных – у 10 и поясничных – у 5 больных РМТ. Изолированные метастазы в пределах нижних подвздошных лимфатических узлов были лишь у 4 обследованных. У 5 больных РМТ они сочетались с метастазами в общие подвздошные, а у 5 больных, кроме тазовых, были поражены поясничные, брыжеечные, лимфатические узлы средостения и надключичные. Поражение только поясничных и вышерасположенных групп лимфатических узлов было отмечено у одной больной РМТ.

*Таблица 2 - Частота и локализация метастатического поражения лимфатических узлов у больных раком маточных труб*

Локализация метастазов	Сторона поражения и число больных РМТ			Итого больных
	правая	левая	из них двухстороннее поражение	
Подвздошные лимфатические узлы (нижние)	10	7	3	14
Из них:				
- наружная цепочка	3	2	1	4
- средняя цепочка	9	7	3	13
- внутренняя цепочка	4	4	2	6
Общие (верхние) подвздошные лимфатические узлы	8	5	3	10
Поясничные лимфатические узлы:				
- нижние	5	3	3	5
- верхние	5	3	3	5

Околоматочные лимфатические узлы				
Брыжеечные лимфатические узлы	2	-	-	2
Лимфатические узлы средостения	2	-	-	2
Надключичные лимфатические узлы	2	-	-	2
Подмышечные лимфатические узлы	-	3	-	3
Паховые лимфатические узлы	-	1	-	1

Представленные данные склоняют к мнению о поэтапном поражении нижних подвздошных, общих, а затем вышерасположенных групп лимфатических узлов. Результаты аутопсий, умерших от прогрессирования РМТ, когда в тазовых лимфатических узлах отмечалось полное замещение лимфоидной ткани опухолевой, а вышерасположенные лимфатические узлы были поражены лишь частично или имели микрометастазы, также могут служить основанием для суждения о поэтапности процесса метастазирования. Отдельные наблюдения показывают, что поражение в тазовых лимфатических узлах может развиваться позже или, возможно, как результат ретроградного метастазирования. Например: *У больной Ш. 54 года при массивных сливных метастазах в поясничных лимфатических узлах нижние и общие подвздошные имели только микрометастазы или отдельные комплексы опухолевых клеток.* Определенный интерес представляет обнаружение изолированных метастазов в околоматочных лимфатических узлах или наличие метастазов в подвздошных лимфатических узлах противоположной стороны при отсутствии их на стороне пораженной трубы. Учитывая особенности тока лимфы в маточных трубах [5], варианты перекрестного и ретроградного метастазирования вполне возможны, так как между лимфатическими сосудами труб, яичников и матки существует тесная взаимосвязь. Не исключена также возможность изменения путей лимфооттока из этого органа, обусловленная развитием в пораженной трубе опухоли, увеличением ее размеров, частым расположением и приращением трубы в прямокишечно-маточном углублении к матке или стенкам таза, развитием дополнительной сети сосудов. Это согласуется с отдельными нашими наблюдениями, когда преимущественное поражение нижних подвздошных и околоматочных лимфатических узлов было отмечено при опущенной глубоко в прямокишечно-маточное углубление и приращенной к пораженной трубе (больная С. 35 лет и Б. 41 года).

Сравнение степени развития первичного очага у 17 больных РМТ с метастазами в лимфатические узлы и у 21 – без них показало, что прямой зависимости между размерами первичного очага, а тем более размерами пораженной трубы и метастазированием выявить не удалось, метастазы чаще обнаруживались у больных с глубокой инвазией опухоли в стенку трубы.

#### ВЫВОДЫ

Подводя итоги проведенному исследованию, необходимо отметить, что метастазирование РМТ начинается при значительной инвазии опухоли в стенку трубы, выходе за её пределы или прорастании в прилежащие органы. Наряду с распространением по протяжению и метастазами в яичники значительный удельный вес занимает метастазирование в лимфатические узлы. Метастазами поражаются подвздошные и поясничные группы лимфатических узлов, реже - околоматочные и только при генерализации опухолевого процесса при РМТ

обнаруживаются метастазы в отдаленных лимфатических узлах и органах. По этим причинам в показанных случаях проводимую пангистерэктомию необходимо дополнять резекцией большого сальника и лимфаденэктомией. Проблема нуждается в дальнейших клиничко-анатомических исследованиях.

## SUMMARY

*The study of distribution and metastatic of primary carcinoma of the fallopian tube (CFT) at 83 patients is carried out, which is revealed at 50 (60 ± 5 %) from them. Is established, that metastatic CFT begins at significant invasion of a tumour in a wall of tube, output for it limits or germination in others bodies. Alongside with distribution on an extent and metastatic in ovarium, are amazed others of group of units bodies.*

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Красиленко Д.Н., Воробьева Л.И. и соавторы. Результаты применения различных схем адъювантной химиотерапии в комплексном лечении больных ПРФТ // Онкология. – 2003. – Т.5.1. – С. 46-48.
2. Мирошниченко В.П. и співавт. Особливості перебігу, діагностики та лікування раку маткових труб // ПАГ. - 1983. - №6. – С. 39-40.
3. Denham J.W., MacLennan K.A. The management of primary carcinoma of the fallopian tube // Cancer. – Philad. – 1984. – 53, №1. – P. 166 –172.
4. Yong A., Kossman C.R., Green M.R. Adenocarcinoma of the fallopian tube // Gynecol. Oncol. – 1984. – 17, №2. – P. 238-240.
5. Цветкова Г.Ф. Связи лимфатической системы матки, яичников и маточных труб: Сборник научных трудов Ивановского медицинского института . – 1959. - Вып. 22. – С.476-479.

*Поступила в редакцию 14 апреля 2004 г.*